



**DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E
SAÚDE OCUPACIONAL**

**REQUERIMENTO DE
CERTIDÃO DE TEMPO
DE CONTRIBUIÇÃO**

DADOS PESSOAIS

1 – NOME:

2 – MASP/MADEP:

Informar o endereço para envio da certidão, é necessário ter alguém para receber a mesma.

3 – ENDEREÇO PARA POSTAGEM (Rua, Av., Praça e etc.):

4 – NÚMERO:

5 – COMPLEMENTO:

6 – BAIRRO:

7 – CIDADE:

8 – U.F:

9 – CEP:

10 – TELEFONES:

()

()

REQUERIMENTO NA FORMA DA LEI

11 – ASSINALAR COM UM “X”:

CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO/CONTRIBUIÇÃO PARA FINS DE AVERBAÇÃO NOS MOLDES DA CONTAGEM RECÍPROCA:

() RGPS (Regime Geral de Previdência Social) - INSS

() RPPS (Regime Próprio de Previdência Social) –Exs: Prefeitura Municipal, Tribunal de Justiça, Governo do Estado, etc.

Órgão Destinatário:

() 2ª Via de certidão

MOTIVO:

() Anexo II (Relação das remunerações de contribuição, conforme Portaria Ministerial 154 de 15/05/2008)

() Retificação

Descreva o que será

retificado: _____

DOCUMENTAÇÕES OBRIGATÓRIAS

12 - É obrigatório apresentar as seguintes cópias legíveis:

- IDENTIDADE;
- SE CASADA E HOUVER ALTERAÇÃO DO NOME, CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO;
- CPF;
- TÍTULO ELEITORAL;
- PIS/PASEP ou NIT: Nº _____
- CASO TENHA E-MAIL, FAVOR INFORMAR: _____

13 – NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO:

Data: _____ / _____ / _____

14 – CARIMBO (CAMPO PARA USO DA DP MG)

ASSINATURA DO REQUERENTE